Rok XXXVII. Kraków 17. Września 1898. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O rokowaniu w nerkowych chorobach zapalnych.

Wykład habilitacyjny

Dra J. Wiczkowskiego,
przełożonego pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym we Lwowie.

O ile wierne rokowanie jest należytą miarą naszych sił leczniczych, o tyle zarówno jest ono dowodem ścisłego i wiernego rozpoznania. Chcąc przeto mówić o rokowaniu w zapalnych chorobach nerkowych, należy się oprzeć na rozpoznaniu, należy zebrać i roztrząsnąć wszelkie choćby najdrobniejsze szczegóły rozpoznawcze, które mogą rzucić światło na przyszłe losy chorego. Lekarz więc przezorny nie zadowolni się samem rozpoznaniem, opartem choćby na tak ścisłej podstawie, jaką jest analiza moczu, którą zresztą winno się poddać krytycznej ocenie z uwzględnieniem wszelkich danych; jemu nadto zależeć musi i na innych szczegółach, a mianowicie, jaka jest przyczyna choroby, jaka postać i okres zapalenia, jaki jest stan ogólny chorego. Dopiero świadomość tych ważnych czynników, wraz z analizą moczu, może być podstawą dla ścisłego rozpoznania, wiernego rokowania, a w następstwie przeprowadzenia odpowiedniego leczenia.

Przedewszystkiem zależeć nam będzie na oznaczeniu, jaka jest postać zapalenia, ostra czy przewlekła, miąższowa czy śródmiąższowa, skrobiowata czy ropna. Dotychczasowe usiłowania, co do podziału chorób nerkowych, nie doprowadziły do jednomyślności. Podział anatomiczny nie da się ściśle przeprowadzić, gdyż w wielkiej liczbie przypadków chorobowych różnorodne zmiany anatomiczne mogą obok siebie istnieć i wzajem w siebie przechodzić. Nie da się przeprowadzić podział etyologiczny, gdyż najpierw w wielu razach nie znamy właściwej przyczyny choroby, nadto jedna i ta sama przyczyna w różnych warunkach może różnie co do natężenia zadziałać. Na teraz więc nie pozostaje nam nic innego, jak podzielić i uklasyfikować zapalenia nerek ze stanowiska klinicznego, zawsze jednak z uwzględnieniem choćby tylko grubszych zmian anatomicznych. Podział ten z małemi odmianami powszechnie przyjęto, a szczególnie za Traubem oddzielono nerkę zastoinową i zwyrodnienie skrobiowate, jako nie należące do spraw zapalnych i odznaczające się właściwym przebiegiem klinicznym, a wszelkie nieropne postacie zapaleń nerkowych ujęto w następujące gromady: 1) ostre zapalenie miąższowe nerek (nephritis parenchymatosa acuta); 2) przewlekłe miąższowe zapalenie (nephritis parenchymatosa chronica, — pod względem anatomicznym: „wielka biała lub czerwona nerka“), które może przejść w marskość nerek; 3) przewlekłe śródmiąższowe zapalenie (nephritis interstitialis chronica). Dalej idą ropne zapalenia, wreszcie gruźlica i nowotwory nerek, które częstokroć przyjdzie nam uwzględnić przy rozpoznaniu różniczkowem i rokowaniu. Podział powyższy, choć nie bardzo ścisły, jak wogóle podziały w systematyce chorób, ułatwi przecież zoryentowanie się w danym przypadku, gdyż za podziałem idzie ujęcie czynników przyczynowych w pewną gromadę, uklasyfikowanie objawów chorobowych.

I tak, w ogólnych grubych zarysach rokowanie dostosowuje się już nawet do powyższego podziału, a mianowicie w ostrych zapaleniach nerek rokowanie bywa względnie dobre, mniej i mniej często pomyślne w postaci miąższowej przewlekłej, a względnie często najgorsze w postaci śródmiąższowej. I teraz, w ciągu mojego wykładu, wyrażać się będę ostrożnie z rokowaniem, gdyż we wszelkich zapaleniach nerkowych, czy to ostrych czy przewlekłych, mocznica i śmierć mogą nastąpić w każdym czasie, ale też i w każdym czasie może nastąpić całkowite lub względne, czynnościowe wyleczenie.

Z pewnem jednak prawdopodobieństwem można wiernie rokować, jeżeli w każdym poszczególnym przypadku liczyć się będziemy z wieloma choćby drobnymi czynnikami, naturalnie ważne czynniki będą nam służyły za drogoskazy. Na czynniki te składają się: 1) momenta etyologiczne; 2) dokładnie, ściśle i często przeprowadzony rozbiór moczu; 3) stan ogólny chorego, a w szczególności stan układu naczyniowego i serca.

Rozpatrując się w czynnikach etyologicznych, zobaczymy, jak często pewne postacie zapalenia nerek są wywołane przez pewne przyczyny. I tak, w przebiegu chorób zakaźnych, gorączkowych, najczęściej występują ostre zapalenia nerek.

Grypa, błonica, płonica, zakaźne zapalenie gardła, dalej dur brzuszny i plamisty, zapalenie płuc, posocznica, ropnica, oto choroby, do których się przyłącza ostre zapalenie miąższowe nerek, gdy swoiste pasorzyty lub ich wytwory przemiany materyi zaatakują nerki. Naturalnie, gdy liczyć się będziemy z tem powikłaniem i wśród przebiegu tych chorób będziemy śledzić czujnem okiem zachowanie się nerek, to nawet w razie wybuchu choroby nerkowej będziemy częstokroć w stanie zapanować nad nią, a tem samem rokowanie wypadnie jak najpomyślniej. Nie rzadko się w praktyce lekarskiej wydarza, że przypadkowo odbywa się zapalenie nerek; a gdy śledząc za przyczyną, natrafimy na jedną z wyżej wymienionych chorób gorączkowych zakaźnych, jako na czynnik etyologiczny, tem śmielej będziemy dobrze rokować w tych razach, im bliżej przyczyny, im prędzej do naszej wiadomości dojdzie skutek tej przyczyny. Obok chorób zakaźnych spotykamy w etyologii ostrych zapaleń nerek także silne przeziębienia, zwłaszcza przemoczenie nóg, otrucia, np. kantarydami, olejkiem terpentynowym, kwasem pyrogaluso-

wym, karbolem, naftolem itp.; dalej samozatrucia ustroju kwasami żółciowymi, acetonem; pewne choroby skórne (wyprysk, pęcherzyca), które z jednej strony wywołują rozkład ciałek krwi czerwonych, a tem samem hemoglobinuryę, a z drugiej ostre zapalenie nerek. Pomijam tu ostre zapalenie nerek, występujące w przebiegu cholery, bo to powikłanie schodzi na drugi plan wobec samej groźnej i gwałtownej choroby.

Na szczególniejszą wzmiankę zasługują objawy ze strony nerek wśród ciąży. Wiedzieć należy, że ciąża sama przez się, jako taka, może niekiedy wywołać zapalenie nerek; lecz trzeba równocześnie pamiętać, że wśród ciąży mogą się zaostrzyć objawy choroby nerkowej już przed ciążą istniejącej, a ukrytej, że może, co się najczęściej wydarza, wystąpić zastoina nerkowa. Jak i o ile dadzą się odróżnić te poszczególne rodzaje cierpień nerkowych, o tem pomówimy później. Ostre więc zapalenie nerek, wywołane przez powyżej wymienione przyczyny, zwykle przebiega szczęśliwie po dłuższym lub krótszym czasie. W tych bowiem przypadkach ulega schorzeniu głównie miąższ nerkowy, komórki przybłonkowe zdolne w wysokim stopniu do regeneracyi. Lecz wydarzyć się może, że następuje tak znaczny rozpad komórek przybłonkowych, iż kanaliki moczowe zatykają się, następuje utrudnienie w wydzielaniu moczu, a nawet zatrzymanie i że to prowadzi do mocznicy, szczególnie przy intoksykacyi, gdzie nadto wchodzi w grę obrażenie serca i krążenia zarówno wskutek zakażenia chorobowego, jakoteż wskutek zatrucia moczem.

Gdy mowa jest o chorobach zakaźnych gorączkowych, wspomnieć należy o białkomoczu, z powodu samej gorączki tak zwanym białkomoczu gorączkowym. W tym razie białko znajduje się najczęściej tylko w małych ilościach, w osadzie brak zupełny składników morfotycznych, lub jest ich niewiele; czasem tu i owdzie okazują się wałeczki szkliste. Co jednak najważniejsza, iż białkomocz znika wraz z ustaniem lub obniżeniem się gorączki. Niewątpliwie ten gorączkowy białkomocz może przejść w miąższowe zapalenie nerek, gdy podrażnienie nerek wzmoże się, lub zbyt długo przeciąga się. Jeżeli z pewną względną łatwością zdołamy wyszukać przyczyny, wywołujące ostre zapalenie nerek i tem samem pewne podstawy do względnie dobrego rokowania, to nieraz o wiele trudniej dojść do źródła przewlekłego zapalenia miąższowego i zapalenia śródmiąższowego.

Dziś często ostre zapalenie nerek przechodzi w przewlekłe, czy to niespostrzeżone, a więc zaniedbane, czy też, gdy mimo wczesnego odkrycia i mimo najstaranniejszego leczenia, przybiera charakter zapalenia przewlekłego. Jednak i w tych razach, gdy się rzeczywiście uda dość rychło wykazać jako czynnik etyologiczny jedną z powyż wymienionych przyczyn, a wywołujących ostre zapalenie, rokowanie bywa względnie dość pomyślne, chorzy, niekiedy dopiero po długim czasie, pozbywają się przecież swego cierpienia. O wiele gorzej każą rokować przewlekłe zapalenia miąższowe nerek, gdy przyczyną ich jest gruźlica, kiła, lub zimnica, choroby o charakterze wybitnie przewlekłym, najczęściej nieuleczalnym, przeto i zapalenie nerek nie może dać dobrego rokowania, a zwłaszcza, że właśnie w tych przypadkach do spraw zapalnych tak chętnie przyłącza się zwyrodnienie tak zwane skrobiowate. Przy bliższem roztrząsaniu sprawy chorobowej pamiętać winniśmy, że w tych chorobach zwyrodnienie skrobiowate może się samo przez się rozwinąć, bez poprzedzającego zapalenia, a powtóre, że sprawa gruźlicza lub kiłowa może się umieścić w nerkach podobnie jak w innych narządach, że więc w danym razie mamy przed sobą gruźlicę, kiłę nerek, a nie zapalenie nerek na tle kiłowym lub gruźliczym. Choroby serca mogą również wywołać następowo chroniczne zapalenie nerek, zarówno miąższowe jak i śródmiąższowe, ale w tych razach przedewszystkiem trzeba wykluczyć sprawę zastoinową w nerkach, która wraz z wystąpieniem niedomogi sercowej stale i szybko się rozwija. Nie tylko jednak następowo mogą się rozwinąć zmiany w nerkach w przebiegu wad sercowych. Zmiany w nerkach mogą być także skutkiem tych samych przyczyn, które atakują zarówno układ naczyniowy i serce, jako też nerki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Leczenie wodogłowia zapomocą sączkowania (drenowania) śródczaszkowego.

Podał

Dr. H. Schramm,
Docent chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

Drugą drogę, to jest połączenie komórki bocznej z przestworami łącznotkankowymi, obrał, o ile mi wiadomo, pierwszy Mikulicz[11]), wprowadzając jeden koniec sączka z wełny szklanej do komórki, drugi jego koniec pod oponę twardą, poczem rana skórna została zamkniętą; dziecko to, według sprawozdania Henlego, żyje przeszło 2 lata po zabiegu, mówi trochę, chodzić nie może; wodogłowie utrzymuje się w małym stopniu, lecz się nie powiększa.

W drugim przypadku utworzył Mikulicz połączenie między komórką mózgową a luźną tkanką łączną pod powięzią ścięgnistą czaszki w ten sposób, iż wprowadził do komórki złotą rurkę, drugi jej koniec, opatrzony płytką, zostawił pod powięzią ściągnistą, ranę zaś skórną zeszył. Obwód głowy od tego czasu się nie powiększał, lecz po 25 dniach nastąpiło ropienie w szwach, które zmusiło do wyjęcia sączka. Wkrótce, bo już po 12 dniach, obwód głowy zaczął się znowu powiększać, dlatego wykonano ten sam zabieg po drugiej, t. j. lewej, stronie. W 6 dni jednak nastąpiła śmierć, a oględziny pośmiertne wykazały, jako przyczynę szybko wzmagającego się wodogłowia, kilka ropni w mózgu, powstałych jako przerzuty po pierwotnem ropnem zapaleniu okostnej uda.

Podobny zabieg jak w pierwszym przypadku Mikulicza, zdaje się bez wiedzy o nim, wykonali Sutherland i Watson-Cheyne[12]), opierając się na doświadczeniach L. Hilla nad wessaniem płynów z przestworów podoponowych. Pierwszy przypadek dotyczył 6-miesięcznego dziecka z wrodzoną kiłą i wrodzonem wodogłowiem. Gdy 3-miesięczne leczenie wewnętrznymi środkami nie przyniosło żadnej ulgi, a objętość głowy stale i szybko się zwiększała, wykonano sączkowanie śródczaszkowe zapomocą sączka z katgutu. — W ciągu 3 miesięcy główka dziecka szybko się zmniejszyła, rozparte kości czaszki zbliżyły się ściśle do siebie, ciemiączko się zmniejszyło, było zapadnięte i tętniło. Po 3 miesiącach wystąpiły objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych, któremu dziecko uległo. Przy sekcyi znaleziono znaczną ilość płynu pod oponą twardą, komórki mózgowe nie rozszerzone, mózg miejscami torbielowato zwyrodniały. —

W drugim przypadku, operowanym przed 3 tygodniami, nastąpiło również stałe i szybkie zmniejszenie się obwodu czaszki.

Te stosunkowo pomyślne wyniki zachęciły mnie do próbowania tego sposobu w przypadku wodogłowia, jaki mi się nadarzył w szpitalu św. Zofii we Lwowie. Tyczył on się dziecka $1^1/_2$-rocznego, u którego wnet po urodzeniu zauważono nadmierne powiększanie się głowy. W dniu przyjęcia dziecka do szpitala obwód główki wynosił $50^1/_2$ centym. (wobec 64 centym. całej długości ciała). Kości czaszki bardzo cienkie i miękie, porozdzielane przestworami błoniastymi, ciemię wielkie, duże, mocno napięte, nie tętniące; dziecko bardzo niespokojne. W dniu $^6/_5$ b. r. wykonałem operacyę podług sposobu, opisanego przez Watson-Cheyne, mianowicie, po dokładnem oczyszczeniu i jak najstaranniejszem odkażeniu skóry na głowie, poprowadziłem, naprzeciw dolnego lewego kąta ciemienia wielkiego, cięcie, długie na jeden i pół centym. przez skórę i przez oponę twardą; między tę błonę a opony miękkie wsunąłem kawałek grubego katgutu, długi na 3 centym., drugi jego koniec wbiłem do komórki bocznej, przyczem mogłem się przekonać, że warstwa mózgu była zaledwie $1^1/_2$ do 2 milim. gruba. Natychmiast wzdłuż nitki wypłynęło trochę cieczy mózgowordzeniowej; otwór w oponie twardej zamknąłem dwoma szwami z cienkiego jedwabiu, a następnie zespoiłem dokładnie ranę skórna i całą główkę pokryłem grubą warstwą opatrunku aseptycznego. Przebieg w moim przypadku nie był idealny o tyle, że, prawdopodobnie wskutek nie zupełnie dokładnego zespojenia opony twardej, wypłynęło trochę cieczy mózgowordzeniowej pod skórę, a stąd wzdłuż szwów na zewnątrz do opatrunku. Trwało to jednak niedługo, gdyż już na 4 dzień opatrunek nowo założony był zupełnie suchy. Powikłanie to nie pociągnęło też za sobą złych skutków, a wynik operacyi był o tyle pomyślny, że w ciągu 3 tygodni, w czasie których dziecko pozostawało w szpitalu, otwór główki zmniejszył się o $2^1/_2$ centym. i dziecko, przedtem niespokojne i ciągle płaczące, uspokoiło się, oczy przybrały wyraz żywszy i inteligentniejszy. Niestety, matka bez mej wiedzy zabrała dziecko ze szpitala do domu i o dalszym jego losie nie mogłem nic się dowiedzieć.

Cztery przytoczone przypadki śródczaszkowego sączkowania (drugiego przypadku Mikulicza nie wliczam, gdyż, ściśle biorąc, ciecz z komórki prowadzona była sączkiem po za anatomiczne granice czaszki) przemawiają, jak sądzę, bardzo dobitnie na korzyść tej operacyi w porównaniu z innymi zabiegami chirurgicznymi, wykonywanymi w celu leczenia wodogłowia przewlekłego. Doświadczenia te bowiem przekonały, że zabieg sam nie zagraża bezpośrednio życiu dziecka; owszem wszystkie operowane dzieci zniosły dobrze operacyę, wnosić więc można, że pod tym względem zabieg ten stoi, jeżeli nie wyżej, to przynajmniej na równi z zwykłem nakłóciem. Pozostawienie ciała obcego tak małego, jakiem jest sączek, czy to z wełny szklanej, czy z katgutu, nie pociąga za sobą złych skutków; najlepszym tego dowodem, że dziecko, operowane przez Mikulicza, żyło przeszło dwa lata po zabiegu operacyjnym i nie przedstawiało żadnych objawów, któreby można odnieść do obecności ciała obcego w jamie czaszkowej; tembardziej można się spodziewać, że nie wywoła ich także obecność katgutu dobrze wyjałowionego. Pozostaje więc tylko pytanie, czy cel, przez operacyę zamierzony, t. j. utworzenie połączenia między komórką mózgową a przestrzenią podoponową, będzie dostatecznie trwały, czy też może po pewnym czasie utworzone połączenie zamknie się, bądź to przez obrośnięcie szczelne sączka szklanego, bądź przez zarośnięcie otworu po wessaniu katgutu. Dotychczasowe doświadczenia nie usprawiedliwiają, jak mi się zdaje, podobnych obaw, bo przecie u dziecka, operowanego przez Mikulicza, mimo, że od operacyi do czasu zdania o niem sprawy przez Henlego, upłynęło przeszło 2 lata, obwód głowy się nie powiększa, jako dowód, że albo założony sączek jeszcze działa, lub że sprawa chorobowa, wywołująca nadmierne gromadzenie się płynu w komórkach, ustąpiła. W pierwszym przypadku Watson-Cheyne, przy sekcyi dziecka, zmarłego w 3 miesiące po operacyi, znaleziono znaczną ilość cieczy mózgowordzeniowej pod oponą twardą, a komórki nierozszerzone. W drugim przypadku Watson-Cheyne i w moim, jeszcze po upływie 3 tygodni, działanie założonego sączka było doskonałe, jak tego dowodzi stałe i szybkie zmniejszenie się wodogłowia.

W przypadku moim nie użyłem sączką z wełny szklanej, lecz z katgutu, ponieważ materyał ten wydał się odpowiedniejszy, a to z powodu kruchości nitek szklanych, utrudniającej gładkie wprowadzenie sączka do komórki przez warstwę tkanki mózgowej, jakoteż z obawy, aby sączek taki przy ewentualnym dalszym rozwoju dziecka nie wywołał przecie zaburzeń w czynności mózgu. Natomiast użyłem katgutu formalinowego, który przez 24 godzin leżał w 1% roztworze kwasu chromowego, przez następne 12 godzin w czystym wyskoku, a bezpośrednio przed użyciem wypłókany został w fizyologicznym rozczynie soli. Według doświadczenia, do wessania takiego katgutu w tkankach potrzeba kilkanaście tygodni. Czy czas ten wystarczy do usunięcia stanu chorobowego, wywołującego wodogłowie, lub czy może sprowadzi wrośnięcie wyściółki komórek (ependyma) do utworzonego otworu wzdłuż sączka, i wywoła stałą niejako przetokę komórkową, o tem mogą pouczyć tylko dalsze spostrzeżenia. Jak wspomniałem, dotychczasowe doświadczenia każą się tego spodziewać.

Wynik czynnościowy (funkcyonalny) zależeć naturalnie musi od przypadku, w jakim zabieg ten wykonujemy. Nie ulega jednak wątpliwości, że powinno się go wykonywać jak najwcześniej, gdyż tylko w takim razie możemy mieć nadzieję, że np. w wrodzonem wodogłowiu, po usunięciu nadmiernej ilości płynu, mózg będzie się mógł dalej rozwijać, a w wodogłowiu nabytem rozciągnięta i uciśnięta warstwa półkul mózgowych może odzyskać swe czynności i dalej się rozwijać, oczywiście tylko w takim razie, jeżeli ucisk nie wywołał zaniku, który się już nie da naprawić.

[1]) Nuijens. Traitement chirurgical de l'hydrocephalie. Ann. et bull. de la soc, de med. d'Anvers 1894. Mai. ref. Cent. für clin. 1894, Nr. 42.

[2]) Quincke. Die Lumbalpunktion bei Hydrocephalus. Berl. klin. Wochenschr. 1891. Nr. 38. 39.

[3]) Picqué et Fevrier. Anatomie pathologique et traitement de l'hydrocephalie. Revue de chir. 1894. Nr. 11.

[4]) Raczyński. W sprawie leczenia wodogłowia zapomocą nakłócia. Przegląd lekarski, 1894, Nr. 33, 34.

[5]) Ch. Andry. Hydrocephalie chronique apparue après la guerison spontanée d'une spina bifida etc. Progrès med. 1892. 9.

[6]) Bilbaut. W dyskusyi nad wykładem Picqué: Congrès francais de chir. Revue de chir. 1894, Nr. 11.

[7]) K. Zaleski. Przyczynek do leczenia chronicznego wodogłowia zapomocą nakłócia. Gazeta lekarska, 1894, Nr. 50.
[8]) Trzebicky. Referat. Centr. für 1895, str. 486.
[9]) Heinecke. Die chir. krankheiten des Kopfes. Deutsch. Chir. XXXI, str. 212.
[10]) A. Bruce. Ou draining the fourth ventricle for acquired Hydrocephalus. The Lancet, 1898, January 29, str. 304.
[11]) Henle. Beitrag zur Pathologie u. Therapie des Hydrocephalus Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir. I, 2.
[12]) G. A. Sutherland und Watson-Cheyne. Case of chronic. Hydrocephalus treated by intacranial drainage. Lancet, 1898, March. 19, str. 791..

III. Z oddziału I. chorób wewnętrznych szpitala Powszechnego we Lwowie (Prym. Dr. O. Widmann).

O sposobach i klinicznej doniosłości wykrycia barwika żółci w moczu.

Podał
Dr. W. Arnold,
sekundaryusz szpitala.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

Postępowanie to zalecić można nietylko dlatego, że upraszcza sposób Hupperta, ale przedewszystkiem zalecić je można w tych przypadkach, w których chodzi o wykazanie bardzo małych ilości bilirubiny. Są to przedewszystkiem te przypadki, w których brak wyraźnej żółtaczki, lub białkówki, nie okazują zgoła żadnego żółtaczkowego zabarwienia, a osad, otrzymany przy zastosowaniu sposobu Hupperta, nieoznaczone tylko i niepewne posiada zabarwienie; w przypadkach podobnych i próba Hupperta, podjęta w zwyczajny sposób, daje wynik ujemny; tymczasem, wobec najmniejszej nawet ilości bilirubiny w osadzie, postępowanie co dopiero opisane, daje wynik dodatni. Postępowanie to, mogące służyć do wykrycia śladów lub bardzo małych ilości bilirubiny w moczu, oddaje mi właśnie pod tym względem od dłuższego już czasu w pracowni znaczne usługi.

Przy tem postępowaniu strąca się rozczynem barytowym bilirubinę, jako nierozpuszczalne połączenie z barem (posiadające kolor jasno-żółty). Przez zlewanie stężonym kwasem solnym połączenie to rozkłada się, na sączku zaś pozostaje czysta, wydzielona z połączenia bilirubina (przyczyna zmiany koloru). Ta okoliczność, jakoteż i pozostały w wilgotnym jeszcze osadzie kwas solny, jest przyczyną tak wyrazistego i pięknego wystąpienia odczynu Gmelina przy następującem teraz dotknięciu się osadu laseczką szklaną, zanurzoną w lekko żółtawym kwasie azotowym. Oczywiście odczyn Gmelina wystąpi tem wyraźniej i piękniej, im więcej bilirubiny jest w osadzie barytowym; jednak nawet wobec śladów bilirubiny występują pierścienie barwne o tyle wyraźnie, iż jako takie rozpoznane być mogą. Zważać jednak należy na to, że środek pierścieni zawsze ma okazywać kolor różowy (od choleteliny), a z pierścieni barwnych przynajmniej niebieski ma być wyraźnym. (W obecności samej tylko urobiliny, zabarwiającej osad czasem wcale silnie, może też po zastosowaniu opisanego postępowania powstać szaro-sinawa obwódka, ale środek nie będzie różowy, tylko zupełnie bezbarwny). (Sączek dzielę na dwie połowy, aby uwydatnić bezpośrednio kontrast występującej zmiany kolorów).

Zaletą więc tego sposobu jest prócz jego czułości i ta okoliczność, iż obecność innych barwików na wynik nie wpływa, a jeszcze i to, że wykazuje on bilirubinę zapomocą odczynu Gmelina, najbardziej dla niej znamiennego.

Nad kliniczną wartością czułej próby na barwiki żółciowe w moczu, która pozwoliłaby wykryć nawet najmniejszą jej ilość, rozwodzić się nie potrzebuję. Jak wiadomo — w razie zamknięcia przewodów żółciowych — okazuje się bilirubina najpierw w moczu, zanim jeszcze zabarwi białkówki i skórę, jeżeli w ogóle ilość jej nie jest za małą, lub wydzielanie jej tak przemijające, że nie powstaje nawet zabarwienie tkanek. Wartość więc sposobu, któryby wykazywał bilirubinę nawet w nieobecności znamiennego zabarwienia białkówek i skóry, nie podlega żadnej wątpliwości. Wskażę tylko na trudności rozpoznawcze w rozróżnieniu kolki, w następstwie kamicy żółciowej, od nerwowych bólów żołądka (*gastralgii*). Wszak nie zawsze po napadzie kolki żółciowej pojawia się wyraźna żółtaczka; mimo to jednak niekiedy zdołamy wykryć bilirubinę w moczu. Przynajmniej w 2-ch przypadkach, w których ani białkówki ani skóra nie były żółtaczkowo zabarwione, powiodło mi się wykazać wyraźny ślad bilirubiny w moczu i w ten sposób upewnić rozpoznanie. Również w przypadku złośliwego nowotworu żołądka *(Carcinoma pylori)* mogłem przez wykrycie bardzo małej ilości bilirubiny w moczu, mimo braku żółtaczkowego zabarwienia skóry lub białkówek, wskazać na prawdopodobieństwo już dokonanego wytworzenia się przerzutów rakowych.

Bilirubina, wykryta w moczu choćby w najmniejszej ilości, wskazuje zresztą zawsze na wątrobę, jako na *locus affectus*. Twierdzenia tego nie obala okoliczność, iż niekiedy można zauważyć żółtaczkę w następstwie niedostatecznie wyrównanych wad zastawkowych, lub w przebiegu niektórych chorób zakaźnych (w pierwszym rzędzie ropnicy i włóknikowego zapalenia płuc); gdyż żółtaczka, pojawiająca się w przebiegu pewnych chorób zakaźnych, tłómaczy się prawdopodobnie uciśnięciem najdrobniejszych przewodów żółciowych międzykomórkowych, sprawionem przez toksyczny lub zakaźny obrzęk komórek wątrobowych, („Trübe Schwellung“), a może też i zwiększoną gęstością samej żółci; co do żółtaczki zaś w przebiegu niewyrównanych wad zastawkowych, to nie ulega wątpliwości, że każdy chory sercowy jest zarazem chorym na wątrobę, więc i tu obecność bilirubiny w moczu tłómaczy się chorobowym stanem samejże wątroby. Co się tyczy obecności bilirubiny w moczu u chorych, dotkiętych ostrą chorobą zakaźną, to spotykałem ją kilka razy mimo braku żółtaczkowego zabarwienia białkówek; pojawić się ona może czasem tylko przemijająco; tak np. w przypadku ciężkiej błonicy w moczu chorego, którego stan ogólny bezpośrednio po przyjęciu był bardzo groźny, mogłem wykazać wyraźny ślad bilirubiny, natomiast po dwóch dniach wykazać jej już nie zdołałem (w moczu była tylko urobilina w znacznej ilości). W każdym jednak razie wykrycie bilirubiny w moczu jest spostrzeżeniem, posiadającem pewną doniosłość kliniczną, tyczącą się ocenienia ciężkości procesu chorobowego i naszego rokowania.

W toku mych poszukiwań zwracałem również uwagę na przypadki marskości wątroby. Doszedłem do przekonania, że w tej chorobie można wykryć bilirubinę w moczu nierównie częściej, (choć zazwyczaj tylko w bardzo małej

ilości), niż to dotychczas przypuszczano. I tak np. Leube twierdzi, że barwik żółci wykazać można mniej więcej w $^1/_6$ części wszystkich przypadków marskości wątroby.

Otóż spotykałem bilirubinę w większej części badanych przezemnie przypadków marskości wątroby. (Liczba tych przypadków jest jednak za mała (15), aby można otrzymane wyniki uogólnić).

W ogóle przypadki marskości wątroby możnaby pod tym względem podzielić na 3 gromady:

1) Pierwsza obejmie chorych z wyraźną żółtaczką;

2) druga — chorych, ktorych skóra posiada właściwy odcień brudno-żółtawy; były to przypadki, które odpowiadały obrazowi tak zw. „żółtaczki urobilinowej“ C. Gerhardta (Ictére biliphaeique Gublera) — zwłaszcza, iż w moczu było dużo urobiliny, a bilirubiny nie powiodło się wykazać sposobami zwyczajnymi. We wszystkich przypadkach, należących do tej gromady, można było wykazać bilirubinę. Zresztą wogóle pojęcie, odpowiadające tej nazwie, właściwie już nie istnieje. Nazwa ta dopóty była uprawnioną, dopóki przypuszczano, iż urobilina, znajdowana w takich razach w większej ilości w moczu, jest zarazem przyczyną brudno-żółtawego zabarwienia skóry chorych. Odkąd jednak Quincke i Leube wykryli bilirubinę w skórze, a nawet w surowicy krwi tych chorych, pojęcie pierwotne upaść musiało. Pozostała jednak nazwa, jako określenie dla tych przypadków żółtaczki, w których bilirubiny w moczu wykazać nie zdołano, a w których natomiast znajdowano w nim dużo urobiliny. (Wydarzają się one zresztą nietylko w przebiegu marskości wątroby, ale również w następstwie innych spraw chorobowych, jak zapalenia płuc włóknikowego, wad zastawkowych etc.). Różnie tylko tłómaczono brak bilirubiny w moczu; i tak, przypuszczano, że bilirubina, krążąc we krwi, ulega w nerkach redukcyi i jako urobilina wraz z moczem się wydziela; zapatrywanie to upadło już wobec ujemnego wyniku pracy doświadczalnej L e u b e g o. Pozostało tłómaczenie, iż nieobecność bilirubiny w moczu jest następstwem zbyt małej ilości bilirubiny, krążącej we krwi, która zabarwia wprawdzie jeszcze skórę wzgl. białkówki, jednak nie wydziela się już z moczem przez nerki (N o o r d e n). Zapatrywanie to jednak wobec dodatniego wyniku dotychczasowych poszukiwań bilirubiny w moczu, w tych przypadkach, które wogóle objąć można pojęciem żółtaczki urobilinowej, zapewne nie da się nadal utrzymać, a nazwa, jako pozbawiona podstaw rzeczywistych, gdyż między urobiliną w moczu a żółtaczką nie zachodzi żaden związek przyczynowy, wogóle już powinna być zarzuconą.

3) Trzecia gromada wreszcie obejmuje chorych, nieokazujących żółtaczkowego zabarwienia ani skóry ani białkówek. W moczu, — jak wogóle u chorych na marskość wątroby, — wykazać można urobilinę, bilirubiny jednak zazwyczaj wykazać nie można.

Wyniki tej pracy streszczają się w następujących zdaniach:

Przytoczone na czele słowa P e n z o l d t a, odnoszące się do małego klinicznego znaczenia wykazania barwika żółci w moczu, nie są uzasadnione, gdyż zapomocą sposobu Hupperta i podanej powyżej jego odmiany wykryć możemy bardzo małe nawet ilości bilirubiny, a to nawet w tych przypadkach, w których brak żółtaczkowego zabarwienia skóry i białkówek. Wykazanie więc bilirubiny w moczu nie jest bynajmniej tylko stwierdzeniem, ze stanowiska chemicznego, objawu, który pierwej już kliniczne badanie wykryło. Zapomocą najczulszych sposobów dochodzimy wogóle do tego zapatrywania, że bilirubinę w moczu można częściej wykazać, niż to dotąd przypuszczano, a okoliczność ta może być ważną nietylko pod względem rozpoznawczym *(cholelithiasis)*, ale też pod względem leczniczym. Odmiana zaś metody Hupperta, podana wyżej, zaleca się do użytku klinicznego w celu wykrycia bilirubiny w moczu, jako uproszczenie pierwotnego sposobu, jak również z powodu większej czułości. —

W tych zaś razach, w których chodzi o wykazanie nie zbyt małych ilości bilirubiny, polecić można do użytku klinicznego sposób Ultzmana i próbę Ehrlicha, w odmianie wyżej podanej, jako szczególniej na zaufanie zasługującej.

Badając mocz w przypadkach tak zw. żółtaczki urobilinowej (marskość wątroby, zapalenie płuc włóknikowe), stwierdzałem obecność bilirubiny obok urobiliny.

Niech mi będzie wolno, wypełniając miły obowiązek, wyrazić serdeczne podziękowanie prymaryuszowi I. oddz. wewn., p. Dr. Oskarowi Widmannowi, za poparcie i zachętę do tej pracy, oraz p. Dr. Józefowi Wiczkowskiemu, kierownikowi pracowni chemiczno-lekarskiej szpitala, za łaskawe zezwolenie korzystania z zasobów tej pracowni.

Lwów dnia 24. Czerwca 1898.

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek zatrucia nikotyną.

Podał

Dr. J. Fels.

Następujący, przezemnie spostrzegany, przypadek zatrucia nikotyną, jakkolwiek wcale nie odosobniony, jednakże z powodu ciekawej przyczyny, jaka go wywołała, zasługuje, mojem zdaniem, na ogłoszenie.

Dnia 13 czerwca b. r. zostałem zawezwany do 8-letniego chłopaka, który nagle uczuł ból głowy i ciśnienie w piersiach, zbladł i zemdlał. Objawom tym towarzyszyło ogólne drzenie. Wszedłszy do pokoju, ujrzałem bladego i podtrzymywanego przez matkę chłopaka, który robił wrażenie omdlałego. Ułożyłem go natychmiast na łóżku i zwolniłem ubranie. Na pytanie, co mu dolega, podawał, że ma bóle głowy i piersi i że piecze go za lewem uchem, gdzie przed kwadransem matka przyłożyła mu „sok z fajki“, na uporczywie utrzymujący się w tem miejscu wyprysk. Przypuszczając ostre zatrucie nikotyną, zmyłem dokładnie wspomnianą okolicę za uchem, kazałem podać czarną kawę i limoniadę, oraz zastosowałem inne zwykłe środki cucące. Osłabienie trwało jeszcze około pół godziny, w którym to czasie wystąpiły dwukrotne wymioty, poczem chłopak odzyskał swobodę. Szczegółowe wywiady dostarczyły następujących szczegółów: Chłopak miał od kilku tygodni wyprysk za uchem lewem, który się powoli powiększał. W chwili, kiedy chorego widziałem, wyprysk był wielkości dłoni, obejmował całą tylną i brzeg przedniej powierzchni małżowiny usznej. Miejsce to było zaczerwienione, w środku już prawie gładkie, tu i ówdzie małemi łuskami pokryte. Brzeg w całości zgrubiały, pokryty tu i ówdzie guzkami wielkości soczewicy, oraz pojedynczemi łuskami. Rozpoznałem wyprysk przewlekły, który swem wejrzeniem przypominał wyprysk obrzeżny *(Eczema marginatum)*, usadawiający się zwykle na pośladkach, międzykroczu, częściach płciowych i górnych częściach ud. Przed

dwoma tygodniami zastósowano z porady lekarza maść, która atoli miała być bezskuteczną i wyprysk dalej się posuwał. Z porady tedy sąsiadek matka postanowiła przyłożyć „sok z fajki“, który przecież „w każdym razie zaszkodzićby nie mógł“. W tym wypadku sok ten, którego resztki oglądałem, przedstawiał się jako płyn lepki, gęsty, ciemno-bronzowy, ostrego zapachu i już w 5 minut po przyłożeniu wywołać miał silne pieczenie. (Wyprysk po zastósowaniu maści chryzarobinowej (3,0:20,0) po 3 tygodniach ustąpił).

Zdarzały się już niejednokrotnie przypadki, że sok nikotynowy z fajek, tak zw. szmirgiel (*Schmiergel*), przez wewnętrzne zastósowanie, jako domniemany środek przeciw tasiemcom, lub przez zewnętrzne, jako wcieranie przeciw świerzbowi i innym chorobom skórnym, dawał powód do objawów zatrucia. Nikotyna bowiem zostaje wessaną wszędzie, a nawet przez nienaruszoną skórę. Objawy zatrucia nikotyną, według podań Dworzaka i Heinricha, którzy na sobie samych robili doświadczenia, występują już po wcieleniu 0,001—0,004 nikotyny i są następujące: palenie w ustach i przełyku, ślinotok, bóle i zawroty głowy, nudności, drzenie, biegunka z silnem parciem, zimny pot, zwężenie źrenic, nieregularny oddech, tętno zrazu przyśpieszone, później zwolnione, małe, omdlenie, kurcze drgawkowe (kloniczne) i tężcowe (toniczne). Taki sam obraz zatrucia występuje także po nadmiernem paleniu tytoniu, po wewnętrznem zastósowaniu odwaru z liści lub w lewatywie. Zauważono go jednakże i u przemytników, którzy przez dłuższy czas nosili liście tytoniu na gołej i nienaruszonej skórze, jakoteż u osób, które w celach leczniczych przykładały opaski moczone w odwarze tytoniowym. Wszystko to tłómaczy się lotnością i wessalnością nikotyny. Tembardziej więc zrozumiałe są zatrucia, spostrzegane po zastósowaniu liści lub odwaru tytoniu na rany, lub na wysypki skórne. Do tych ostatnich należy i przypadek niniejszy, w którym nikotyna mogła działać przez wessanie, oraz przez wdechanie, możliwe ze względu na miejsce zastósowania.

Jeżeli słusznie z powodu niebezpieczeństwa zatrucia przestano używać odwarów tytoniu w lewatywie lub wewnętrznie w takich chorobach, jak w dychawicy oskrzelowej, w krztuścu lub kurczu głośni, gdzie nikotyna, jako środek obniżający pobudliwość odruchową, miała racyonalne zastósowanie, to tembardziej gorliwie powinni lekarze występować przeciw stósowaniu nikotyny i tytoniu jako środków domowych.

Wiedeń, w Sierpniu.

V. Wyciągi.

D e y c k e: **O warunkach zamierania chorobotwórczych drobnoustrojów na malowaniach ściennych.** *(Ctblt. f. Bact.* 1898. T. 23. Nr. 24, 25). Sposób malowania ścian nie jest ze stanowiska higienicznego obojętnym między innemi także i ze względu na to, które rodzaje malowania dadzą się najłatwiej odwietrzać. Dotychczas nie badano jednakże tego zagadnienia ścisłymi sposobami bakteryologicznymi.

Badania D. odnoszą się do farb klejowych, wapiennych (pobielanie), olejnych i tzw. amfibolinowych i dotyczyły gronkowców, paciorkowców, prątków błoniczych, durowych, ropy błękitnej, gruźliczych, nosacizny i przecinkowca cholery. Przedewszystkiem stwierdził D., że wszystkie te drobnoustroje najszybciej giną na malowaniach amfibolinowych i olejnych; na malowaniach wapiennych utrzymują się trzy razy, a na farbach klejowych pięć razy dłużej. Warunki zamierania drobnoustrojów nie zależą jednak, jakby to zdawać się mogło, od większej lub mniejszej zawartości substancyj organicznych w malowaniu, (któreto substancye, np. klej, stanowićby mogły pożywkę dla bakteryi) — lecz od czynników ściśle fizycznych. Dowodzi tego okoliczność, że dodanie do farb ciał przeciwgnilnie działających żadnego wpływu nie wywiera; natomiast giną bakterye tem szybciej i łatwiej, im ściślejszą i gładszą jest powłoka malarska, im trudniej ona wietrzeje i w pył się rozpada. Wynik ten zdaje się szczególnie ważny ze względu na malowania wapienne (pobielanie), które ceniono wysoko ze stanowiska higienicznego, opierając się na przeciwgnilnych własnościach wapna. Z badań D. wynikałoby, ż e z a l e t y h i g i e n i c z n e p o b i e l a n i a są, w porównaniu zwłaszcza z farbami olejnemi, b a r d z o m a ł e. Malowania wapienne nie posiadają bowiem dostatecznej spoistości, aby ułatwić wysychanie drobnoustrojów, od którego ich zamieranie zdaje się w tym przypadku przedewszystkiem zależeć. Stąd najmniej sprzyjające rozwojowi drobnoustrojów są gładkie ściany szklane, następnie kafle, a dalej — malowania olejne i amfibolinowe. Jedno z tych ostatnich (Nr. 2) posiada także tę zaletę, że daje się dokładnie odwietrzyć, gdyż opiera się mechanicznemu działaniu szurowania szczotką, jakoteż chemicznym wpływom 5% karbolu, 1‰ sublimatu, 5% lyzolu; pod tym względem jest ono lepsze nawet od farb olejnych, które niszczeją pod działaniem karbolu. *C.*

P l a c z e k: **O dziedzicznem połowiczem porażeniu dziecięcem.** *(Berl. klin. Woch.* 1898, 30). Odwołując się do swego spostrzeżenia, w którem dwoje dzieci jednej matki uległo połowiczemu porażeniu dziecięcemu z przyczyn r o z m a i t y c h, u jednego z nich przynajmniej dobrze znanych (uraz matki w ciąży), i w którem przeto o dziedzicznem cierpieniu mówić nie można, przypomina P., że właściwie dotychczas nie udowodniono niezbicie istnienia dziedzicznej postaci porażeń dziecięcych połowiczych. Nie można bowiem mięszać postaci r o d z i n n e j, występującej u kilkorga rodzeństwa, pochodzących ze zdrowych rodziców, a przez — jedyne dotąd zresztą — spostrzeżenie Mariego stwierdzone, z postacią w ścisłem słowa znaczeniu d z i e d z i c z n ą. Tej ostatniej dotychczas klinicznie nie udowodniono, i ci bowiem nawet autorowie, którzy jej istnienie przypuszczają, mówią zawsze o dziedziczności pośredniej (padaczka, kiła, opilstwo i t. p. rodziców), a nigdy o prostej. Z tego względu ma znaczenie następujące spostrzeżenie, ogłaszane właśnie przez P.: — 30-letni rytownik dotknięty jest niedowładem spastycznym lewej połowy ciała, pozostałym po porażeniu dziecięcem, które powstało po płonicy wśród objawów gorączkowych w 4-tym roku życia. Roczny syn jego zachorował na drgawki (bez objawów zakażenia), poczem nastąpiło porażenie prawej połowy ciała. W rok potem stwierdził P. istniejące jeszcze: niedowład prawej połowy twarzy (część autorów do dziś dnia sądzi, że w połowiczych porażeniach dziecięcych twarz nigdy nie bywa dotknięta), spastyczne porażenie prawej ręki i nogi. Mogąc wykluczyć przyczyny takie, jak choroba zakaźna, uraz w ciąży lub przy porodzie, skłania się P. do tego, aby w swojem spostrzeżeniu dopatrywać się oddawna poszukiwanego dowodu, że dziedziczna postać połowiczych porażeń dziecięcych rzeczywiście istnieje. *X.*

L. T h u m i m (asystent kliniki L. Landaua): **O 104 przypadkach wycięcia macicy rakowatej.** *(Berl. klin. Woch. 1898. Nr. 18, 19).* Zbierając materyał do powyższej pracy statystycznej, zmierzał T. do rozwiązania głównie dwu zagadnień, a mianowicie sprawy rokowania po wycięciu macicy rakowatej u osobników młodych i wartości praktycznej kleszczy zaciskających (Klemmen), których stale używano. Chcąc mieć materyał bez zarzutu, wykluczył T. wszystkie przypadki, w których nie stwierdzono raka pod drobnowidem; nadto uważał te tylko przypadki za wyleczone bez nawrotu, które przez czas dłuższy zgłaszały się do kliniki i były dokładnie badane. Chcąc mieć przynajmniej $^1/_2$-roczne spostrzeżenia, wliczono tu tylko przypadki operowane do maja 1897. W ten sposób pozostało z lat 10 tylko 104 wyborowe przypadki. Z tego 7 chorych poniżej lat 30, 9 powyżej 60, reszta pomiędzy 30 a 60 r. życia. Umarło po operacyi 8 (7·6%), bez nawrotu pozostaje 32 (30·7%),

1 chora żyje z nawrotem, 38 umarło skutkiem nawrotu, u 7 stwierdzono nawrót, lecz niewiadome dalsze losy, 2 umarły skutkiem przerzutów, 14 zaś z niewiadomej przyczyny, o 2 wreszcie nie można było zasięgnąć wiadomości.

Gromada I. 8 przypadków śmierci. U 3 nie wykazano jasno przyczyny śmierci, u czwartej niedrożność jelit (chora ta dnia następnego po operacyi, czując się zupełnie dobrze, wstała z łóżka i z kleszczami w pochwie przebiegła kilkakrotnie po pokoju; zły wynik nie jest jednak winą kleszczy, gdyż zdarzają się takie przypadki również po szwie), u 5-tej cukrzyca, *coma*, u 6-tej zanik sił, wyczerpanych poprzednimi krwotokami. Pouczającym jest przypadek 7: lat 33, rak części pochwowej, wycięcie bez otwarcia jamy macicznej, trzeciego dnia wzdęcie, wymioty, 7-go dnia śmierć wskutek zapalenia otrzewny. W macicy znaleziono oprócz raka zatrzymanie łożyska po poronieniu w trzecim miesiącu, o czem chora nie wspominała. Wówczas dopiero dowiedziano się, że gorączkowała i miewała dreszcze przez czas dłuższy. W 8 przypadku zapalenie otrzewny u 82-letniej osoby.

Gromada II. 32 przyp. bez nawrotu. Czas spostrzegania od $9^1/_2$—$^1/_2$ roku. Jeżeliby się chciało zadość uczynić wymaganiom autorów, którzy jak Bouilly i Thorn po $4^1/_2$ latach widzieli nawrot, i którzy skutkiem tego żądają 5-letniej obserwacyi, to pacyentek takich jest 13 (27·08%). Z tablicy statystycznej wynika dalej, — wbrew mniemaniu niektórych, jakoby wiek młody nasuwał w rokowaniu tak wielką obawę nawrotów, iż najlepiej zabiegu nie podejmować, — że z 7 chorych poniżej lat 30 umarło 4, żyją 3, z tego jedna $6^1/_2$, druga $9^1/_2$ lat po operacyi. Świadczy to wymownie o tem, że wiek młody przeciwwskazania do operacyi stanowić nie może. To samo odnosi się do wieku późnego.

Gromada III. 46 przyp. nawrotów. Z tego 38 przyp. śmierci, 1 żyje, u 7 stwierdzono nawrót, lecz chore usunęły się z pod dalszego spostrzegania. U 24 chorych oznaczyć można było dokładnie chwilę wystąpienia nawrotu: od 2-ch miesięcy do $2^1/_2$ lat, średnio zaś przeszło 9 miesięcy. Śmierć następowała pomiędzy 5 miesiącami, a 3 laty i 2 mies. po zabiegu, średnio w 16—17 miesięcy po zabiegu.

Następuje kilka luźnych uwag i spostrzeżeń. Wśród tego zasługuje na uwagę zwyczaj, który się przestrzega w klinice Landaua, że jeżeli rozpoznanie kliniczne nie ulega wątpliwości, to tylko w razie rozpadu raka części pochwowej, przystępując do operacyi doszczętnej, usuwa się rozpadłe masy rakowate, aby pewniej uchwycić kleszczami Museuxa, zresztą robi się wycięcia próbne kawałeczków nowotworu dla zbadania drobnowidowego tylko wówczas, gdy rozpoznanie jest wątpliwe. Po 8 minutach preparat jest gotowy i przystępuje się do operacyi. Zasada ta jest wynikiem już dość licznych przypadków, z których pierwszy ogłosił Olshausen, a w których po wycięciu kawałeczka do zbadania drobnowidowego nastąpiło zapalenie przymaciczne. Niekorzyść dla chorej stąd wynikająca jest ogromna, gdyż operując wcześnie naraża się ją na zakażenie ogólne, czekając zaś na ustąpienie sprawy zapalnej, łatwo doczekać się zarazem okresu, w którym na operacyę jest już zapóźno. Podobnież potępić należy skrobanie wnętrza macicy wobec raka trzonu. W pewnym przypadku wyskrobano wnętrze macicy, ponieważ lekarz domowy i rodzina na wycięcie macicy zgodzić się nie chcieli. U chorej, która przedtem nie gorączkowała, podniosła się ciepłota do 40·4° i dopiero po tygodniu wróciła powoli do stanu prawidłowego. Wówczas dokonano doszczętnego zabiegu. Sprawy zapalnej w otoczeniu nie było, gorączka więc pozostałaby nie wytłómaczoną, — natomiast po rozcięciu wydobytej macicy znaleziono w jej tylnej ścianie ograniczone ognisko rakowe, rozpadłe. — Tu przez wyskrobanie otworzyło się zamknięte przedtem ognisko, co pociągnęło za sobą rozpad, wessanie substancyj zakaźnych i gorączkę. Chora wyzdrowiała.

W razie powikłania raka macicy z przewlekłemi sprawami zapalnemi w otoczeniu, unieruchomiającemi ją, kleszcze zaciskające oddają niezwykle dobre usługi. Kiedy bowiem sprawa obracała się dotąd około tego, że kleszcze mają o tyle tylko pierwszeństwo przed szwem, iż skróca się czas operacyi, to w przypadkach silnych zrostów, jakoteż nacieku nowotworowego w *parametrium*, kleszcze mają tę wielką przewagę, że można je założyć tak daleko i głęboko, blizko ściany miednicy, gdzie szwu z przyczyn czysto technicznych nie można zakładać. W powikłaniach z guzami części dodatkowych, przyrody nowotworowej, lub też zapalnej, oddają kleszcze również dobre usługi, jak to autor kilku przypadkami objaśnia.

Z dalszych uwag ważnym jest, ze względu na stosowanie kleszczy, szczegół, że w 2-ch przypadkach zdarzył się następowy krwotok. Jeden z nich należał do tych wyjątkowych przypadków, gdzie zakładano podwiązki, w drugim wystąpił krwotok 5-go dnia po operacyi, a 3-go dnia po usunięciu kleszczy, w czasie wyjmowania tamponu z gazy. Zarówno ten krwotok, jakoteż drugi, 9-go dnia zatamowano zapomocą tamponady. Kiedy 12-go dnia silniejszy krwotok się powtórzył, odsłonięto pole operacyjne i znaleziono broczące miejsce na tylnej ścianie pochwy. Założono parę kleszczy. Chora wyzdrowiała. *Dr. B. Wojciechowski.*

Podbielsky: **Przyczynek do badań nad odpornością względem „bacillus subtilis“.** *(Annales de l'Institut Pasteur*, 1898, Nr. 7). *„Bacillus subtilis“* jest wprawdzie chorobotwórczy tylko dla zwierząt, jednakże badania P. mają ogólniejsze znaczenie z tego powodu, iż rozjaśniają sprawę odporności ustroju przeciw zarodnikom, dotychczas mało zbadaną. „Subtilis“ należy właśnie do prątków zarodnikujących i do badań takich szczególnie dobrze się nadaje. Wyniki dotychczasowych badań w tym kierunku były sprzeczne: mianowicie, Fodor przypisywał własności ochronne — krwi, Lecleſ — samej tylko surowicy, Wysokowicz zaś — komórkom tkanin ustroju i śródbłonkom naczyń. Wnioski, do jakich doszedł P., są następujące: 1) Prawidłowa surowica krwi króliczej zabija *„in vitro“* zarodniki *„bacillus subtilis“*. 2) Ta własność surowicy zależy najprawdopodobniej od substancyj, w niej zawartych, a pochodzących z rozpadu ciałek białych. 3) Ciecze przesączynowe i ciecz wodna oka nie przeszkadzają rozwojowi zarodników i nie niszczą żywych prątków. 4) Wysięki zapalne, zawierające dużo ciałek białych, działają podobnie poza ustrojem jak surowica krwi. 5) Substancye, zawarte w przesączu osocza krwi, nie zatrzymują rozwoju zarodników i nie niszczą prątków w żyjącym ustroju zwierzęcym. 6) Zarodniki *„bacillus subtilis“*, wprowadzone do ustroju różnemi drogami, zostają pochłonięte i zniszczone przez ciałka białe. 7) Zarodniki pewnych odmian *„bacillus subtilis“* kiełkują wprawdzie w tych samych warunkach, lecz powstające z nich prątki giną wewnątrz ciałek białych, które je pochłaniają.

W ogólnym wyniku potwierdzają zatem badania P., odnośnie do zarodników, znane zapatrywania Miecznikowa. *Doc. Ciechanowski.*

Abba (Turyn): **Jak długo zachowują swoje własności jad błoniczy i surowica przeciwbłonicza?** *(Centralblatt für Bacter.*, Nr. 21, 1898). Chcąc przekonać się, jak długo zachowuje swe cechujące własności jad błoniczy, oznaczył Abba najmniejszą dawkę śmiertelną danego jadu i badał co pewien odstęp czasu jego siłę zabójczą. I tak w grudniu 1894 wynosiła najmniejsza śmiertelna dawka tego jadu 0,04 i aż do stycznia r. 1897 pozostała dawka 0.04 najmniejszą dawką śmiertelną; — dopiero w styczniu 1897, potrzeba było do zabicia zwierzęcia użyć 0,06. Wynika stąd, że jad błoniczy zachowuje swoje własności dłużej jak dwa lata, że jednak po upływie tego czasu, jad błoniczy staje się słabszy. Dodać należy, że jad przechowywano w ciemności, w ciepłocie 3 do 5 Celzyusza, że dodano do niego małą ilość toluolu.

Daleko więcej praktyczne znaczenie mają doświadczenia, zdążające do określenia trwałości działania surowicy przeciwbłoniczej. Z licznych doświadczeń, przedsięwziętych

w tym celu z surowicą, przechowywaną długi czas w rozmaitych warunkach (badźto w stanie jałowym w lodowni i w ciemności z dodatkiem 2‰ kwasu karbolowego, bądź zakażoną bakteryami z powietrza i pleśniami, trzymaną bez dodatków przeciwgnilnych w cieplocie pokojowej i na świetle) wynika, że swoiste działanie surowicy przeciwbłoniczej utrzymuje się bardzo długo, po latach dopiero zwolna słabnąc, oraz, że opiera się ono długi czas wpływom światła, ciepła i licznych bakteryj.

Z tego względu oświadcza autor, że — jego zdaniem — można surowicę przeciwbłoniczą stósować u ludzi, nawet po upływie 1½ roku od jej wytworzenia, z zupełnym skutkiem, ponieważ do tego czasu nie traci ona nic na sile, jeżeli pozostała jałową. Stąd też wymiana niezużytej surowicy po 3 miesiącach na nową, jakto się powszechnie w szpitalach praktykuje, wydaje się autorowi zbyteczną.

Doc. Raczyński.

Prof. A. Wölfler: **O operacyjnem przesuwaniu wola.** *(Beitr. z. klin. Chir.*, XXI. 2). Zabieg ten polega na tem, że uwalniamy wól z jego pierwotnej siedziby i ustalamy go zwykle gdzieindziej na szyi pod skórą i mięśniami, ale w takiem miejscu, gdzieby nie mógł uciskać ani na tchawicę, ani na nerw zwrotny, ani na przełyk. Z ostatniego zdania wynika, że przystępujemy do tego zabiegu wówczas, jeżeli wól, uciskając wymienione narządy, sprawiał znaczne dolegliwości. A nie wykonujemy w tych razach wycięcia, wyjęcia i t. p. wola, 1) gdyż, obawiając się *cachexiae strumiprivae*, nie możemy wykonywać doszczętnego zabiegu na wolu rozwijającym się w pozostawionej resztce gruczołu tarczykowego po dawniej już wykonanej operacyi wola *(struma recidiva).* 2) Nie możemy wydalić obu, jednostajnie na tchawicę uciskających połów wola, lecz jedną wycinamy, drugą przemieszczamy. 3) Zabieg W. jest wskazany, gdy przy jednostronnym ucisku na tchawicę, tę właśnie część wola wycięliśmy, która duszności nie sprowadzała. 4) W. wreszcie nie resekuje wola podmostkowego u młodych osobników, lecz przemieszcza na szyję. Nie można bowiem a priori ocenić, wiele istoty tarczykowej dany osobnik do swego rozwoju zapotrzebuje.

Tej operacyi nie należy pomięszać z tak zw. *exothyreopexią*, podaną przez francuskich chirurgów, Gangolphea i Jaboulaya, a polegającą na odsłonięciu całego wola, po przecięciu nad nim skóry. Po takiem odsłonięciu tworzyć się mają w żyłach wola skrzepy, a w dalszym ciągu wól ma się zmniejszać. W płynie zaś surowiczym, sączącym się z powierzchni tak odsłoniętego wola, wydalać się ma istota, działająca szkodliwie na cały ustrój. *Herman.*

Prof. Sawczenko (Kazań): **Sporozoa nowotworów złośliwych i chorobotwórcze blastomycety (drożdże).** *(Russkij archiw patologii, kliniczeskoj medycyny i bakteriologij*, Tom V. Zeszyt 6, 1898). S. spostrzegał przypadek licznych ropni, wywołanych przez blastomycety. U morskich świnek, na które przeszczepiono ropę z tych ropni, rozwinął się po miesiącu obrzęk gruczołów chłonnych, polegający na obecności blastomycetów wśród ich utkania. Porównanie obrazów drobnowidowych tych gruczołów ze skrawkami guzów złośliwych przekonało autora, że istnieje wielkie podobieństwo między owymi chorobotwórczymi blastomycetami, a utworami, uważanymi przez autora za pasorzyty nowotworów złośliwych, jak to wykazują dołączone do pracy rysunki. Otoczki blastomycetów barwią się metachromatycznie (t. j. fioletowo tak zw. czerwienią „Magenta“, zamiast różowo), a dając także inne odczyny mikrochemiczne, cechujące śluz, współśrodkową swoją budową odpowiadają otoczkom domniemanych pasorzytów nowotworów złośliwych. Dalsze podobieństwo polega na jednakowem zachowaniu się (postaciowem i wobec barwików) ziarnistości protoplazmatycznych, znajdujących się w środku obu rodzajów utworów, oraz na kształcie zarodników i t. d. Wnosi z tego autor, że to, co uważa on za pasorzyty nowotworów złośliwych, jest jakimś rodzajem chorobotwórczych blastomycetów, przynajmniej odnośnie do śródbłoniaków; może być jednak, zdaniem autora, że inne rodzaje nowotworów powstają pod działaniem właściwych sporozoów. Wogóle obecne wyniki badań autora, opartych li tylko na cechach postaciowych, zdają się potwierdzać, przynajmniej co do śródbłoniaków, przypuszczenie Sanfelicego, że pasorzyty nowotworów należą do drożdży; nie traci zaś autor nadziei, że z czasem uda się te swoiste pasorzyty na sztucznych pożywkach wyhodować. *Doc. Ciechanowski.*

Konstantinow: **Gorączka z żółtaczką i hemoglobinuryą** *(Russkij archiw patologii* etc., 1898, V, Z. 3). Wśród 21300 przypadków zimnicy, spostrzegał autor, w ciągu lat 6, czterdzieści przypadków gorączki z żółtaczką i krwawem moczeniem (1·9%). U osobników nią dotkniętych, występowała ona zazwyczaj dopiero w kilka miesięcy po przybyciu w okolice zimnicze, i to najczęściej w porze zimowej, przeciwnie, niż zwykła zimnica, grasująca zwykle od maja do września. Śmiertelność wynosiła 35%; przebycie choroby usposabiało do nawrotów, wszyscy chorzy przebywali zimnicę przed zapadnięciem na gorączkę żółtaczkową.

Najczęściej przybiera gorączka ta typ ciągłej (31 razy na 40), znacznie rzadziej przepuszczający (9 razy), który jest mniej groźny (zmarło 22%, z ciągłej zaś 39%). Do stałych jej objawów należy przedewszystkiem hemoglobinurya. Spektroskop wykazuje oksyhemoglobinę i urobilinę. Barwików żółciowych nie można wykryć w moczu. Białkomocz (do 3%) pojawia się razem z hemoglobinuryą, a niekiedy ją zastępuje. Z początku choroby ilość moczu wzmaga się; w formach ciężkich zjawia się niekiedy przedśmiertna anuria i moocznica. Żółtaczka nigdy nie bywa bardzo silną; względnie najsilniejsza zdarza się w przypadkach, połączonych z moocznicą. Gorączka pojawia się zazwyczaj równocześnie z hemoglobinuryą, po silnym dreszczu; nie dochodzi nigdy stopni wysokich, a przebieg jej w obu typach bywa zresztą niezbyt regularny. Częste są poty rozpływne. Śledziona powiększona, bolesna; wątroba zazwyczaj nie okazuje zmian. Skłonność do zaparcia stolca; obfite wymioty żółciowe. Kał nie bywa odbarwiony. Tylko raz (na 12 przypadków badanych w tym kierunku) spotkał autor we krwi wolne plazmodya i półksiężyce. W gorączkach ciągłych hemoglobinurya trwała 4 do 5 dni; w przepuszczających, ilość napadów wynosiła 2 do 9, długość z początku 1 do 8 dni, potem od kilku godzin do 4 dni, przerwy między nimi 1 do 12 dni. Sekcyi dokonano 3 razy; w 2 przypadkach ostrych znaleziono ostre zapalenie nerek i zwyrodnienie wątroby, w jednym przewlekłym zanik i stłuszczenie wątroby, a nerki prawidłowe.

Przyjmowano dotąd najczęściej, że opisane cierpienie jest jedną z postaci zimnicy. Tomaselli i kilku innych sądzi, że jest to raczej zatrucie chininą, lub przynajmniej połączony wpływ tego zatrucia i zimnicy. Obecność plasmodyów we krwi w tych przypadkach dowodzi wprawdzie zakażenia zimniczego, lecz nie wyłącza wiele możliwości innych jeszcze wpływów. Nie bez znaczenia jest szczegół, że wszyscy chorzy zażywali nader wiele chininy i że wybuch choroby nie przypada wcale na zimniczy okres roku. Przytem wielu autorów stwierdza, że choroba przebiega korzystniej, jeśli się chininy chorym wcale nie podaje. Wobec tego dochodzi autor do następujących wniosków:

1) Zdanie Tomaselliego, że gorączka żółtaczkowa z hemoglobinuryą jest zatruciem chininowem, zasługuje na baczną uwagę. 2) Wpływ zimna na powstawanie choroby jest niewątpliwy. 3) Przebieg bez podawania chininy jest korzystniejszy. 4) W czasie hemoglobinuryi nie ma hemoglobinaemii. 5) Żółtaczka polega na złożeniu w skórze urobiliny, ponieważ w moczu nie znajduje się barwików żółciowych. 6) Zapalenia nerek, występujące w tej chorobie, są wtórne. 7) Zadając chininę zapobiegawczo przeciw zimnicy, należy mieć na oku niebezpieczeństwo wywołania hemoglobinuryi u osobników usposobionych do niej i postępować z rozwagą i ostrożnie, zwłaszcza w porze zimowej. 8) Aby dowieść, że gorączka żółtaczkowa z hemoglobinuryą jest wynikiem zatrucia chininą, brakuje tylko jeszcze dodatnich wyników doświadczeń na zwierzętach. *X.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Cocainum hydrojodicum C_{17} H_{21} NO_4 HJ. Są to kryształki bezbarwne, trudno w wodzie rozpuszczalne. Marcus poleca środek ten w zastępstwie chlorku kokainy w dentystyce, do znieczulenia zapomocą prądu elektrycznego czyli kataphorezy. Używa on w tym celu mieszaniny Coc. hydrojod., mentholu i brenzcainy.

Coffeinum et Theobrominum purissimum. Siegert opierając się na twierdzeniu, że salicylan sodowy uważać należy za antidiureticum, przez podawanie zaś czystej kofeiny zawsze sprowadzić można wessanie przesięków, ostrzega przed częstem zapisywaniem coff. natr. salicyl., a poleca natomiast trudno rozpuszczalne coffeinum pur. To samo można powiedzieć o teobrominie. Jest to środek w całem tego słowa znaczeniu moczopędny a podawać go należy w dawkach 1½—3 grm. dziennie, mając jednak zawsze to na względzie, że u pewnych osobników sprowadza ból głowy, nudności, a nawet objawy podrażnienia mózgu.

Colchicinum salicylicum (Colchisal) jest to żółty, bezpostaciowy proszek, rozpuszczalny w wodzie, alkoholu i eterze. Polecany przez W. Tobiasa i Thompsona przeciw gośćcowi mięśniowemu i stawowemu, nawet w wypadkach zastarzałych, w których podawanie innych środków zupełnie było bezskuteczne. Zapisuje się:

Rp.: *Colchicini salicylici 0.00075*
Sacchari albi 0.25
M. Dent. tal. dos. Nr. X. ad caps amylac.
S. Co 4 godziny proszek zażyć.

Coniinum hydrobromicum C_8H_{17} HBr. są to bezbarwne, rombiczne kryształki, rozpuszczające się w 2-ch częściach wody, lub alkoholu. Środek, używany dotąd w tężcu, dychawicy sercowej, rwie kulszowej i krztuścu, poleca świeżo Gomez przeciw szumowi w uszach, szczególniej, jeśli ucho środkowe i wewnętrzne równocześnie są zajęte. Zapisuje się:

Rp.: *Coniini hydrobromici 0.02*
Spirit. Menth. piper. 5.00
Sirupi simpl. 100.00.
MDS. 3 razy dnia zażyć pełną łyżeczkę.

W ten sposób na jedną łyżeczkę wypada 0.001 środka, co jest ważnem, gdyż dawka większa od 2 centigr. może wywołać zaburzenia żołądkowe.

Credégo „Argentum colloidale". Po znanych już w leczeniu ran solach srebra: aktolu i itrolu, podaje świeżo Credé nową odmianę metalicznego srebra, znaną już w chemii pod nazwą srebra kolloidowego. Są to grudki barwy czarno-zielonej, o połysku metalicznym; roztarte z wodą, dają płyn podobnie zabarwiony, w rozcieńczeniu zaś czerwono-brunatny. Rozpuszczają się one także w płynach surowiczych, zawierających białko, co umożliwia działanie preparatu wprost na tkanki ustroju. Środek ten ani nie wywołuje miejscowego odczynu jak itrol, ani nie wywiera żadnych ubocznych, lub następowych wpływów. Stosować go najlepiej w postaci maści i to we wszelkich chorobach wsoczniczych, jak zapalenie naczyń chłonnych tkanki podskórnej, posokowate postacie płonicy i błonicy. Po 5—30 godzinach chory czuje się ogólnie lepiej, gorączka spada, a sprawa zakaźna nagle ustępuje; w róży miejscowej poprawy nie zauważono. Wciera się 1—2 razy dziennie, przez 15 do 30 minut, dorosłym osobom po 3.00, dzieciom po 1 gramie maści w skórę, ale nie w blizkości miejsca zajętego chorobą. Do opatrywania ran nadaje się także gaza, nasycona srebrem metalicznem.

Crotinum. Przez tę nazwę rozumieć należy trujące ciała białkowate, znajdujące się w nasionach krocienia. Jest to żółtawy proszek zawierający 20% popiołu, rozpuszczalny w wodzie i w 10% roztworze soli kuchennej. Działa on trująco na protoplasmę, zabija ciałka czerwone niektórych zwierząt, poraża mózg a w większych dawkach serce.

Diacthylketon (Propion), ruchliwa ciecz, rozpuszczalna w 24 częściach wody, mięszająca się z wodą, alkoholem i eterem. Od dłuższego już czasu stosowano propion jako środek nasenny. Dawka nasenna wynosi 0·5 gr., u chorych umysłowo 1·50 i 3·00. Zapisuje się:

Rp.: *Diacthylketoni 0.5—1·5—3.00*
Aq. Menth. piper 20.0—40.0—80.0
Syr. simpl. 5.0 10.0—20.0.
MDS. Na raz zażyć.

Wdychiwanie tego środka o tyle jest mniej dogodne, że do wywołania snu potrzeba wtedy dłuższego czasu.

Difluordiphenylum biały proszek o przyjemnym zapachu, rozpuszczalny łatwo w alkoholu, eterze i chloroformie. Używają go do leczenia ran, w szczególności owrzodzeń kiłowych wytarłszy je poprzednio zgęszczonym kwasem karbolowym (według Neissera). Zapisuje się jako zasypka, lub w postaci maści (10%).

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W przewlekłym nieżycie pęcherza podaje Jais: Rp. *Methylenblau 0.08 Talc. Venet. p. 0,12 Lanol. p. q. s. ut f. pill. Dent. t. dos. Nr. 30.* S. Dziennie 8 pigułek (Berich. u. d. Leist. a. d. Geb. d. Syph. 1897). *F. K.*

W łysieniu na tle grzybkowem zaleca Sabourand wcierać codziennie j dną z następujących maści: Rp.: *Hydr. praecip. alb. 3 0 Ol. Citri gtt. XX. Vasel. flav. 60 0*, albo Rp.: *Pilocarp., Chin. muriat. aa 4.0, Sulf. praecip. 10 0, Bals. peruv. 20.0, Medul. ossium 100.0.* *F. K.*

Jako środek zapobiegający rzeżączce zaleca Welander, na mocy ujemnie dokonanych szczepień ropą rzeżączki, wstrzykiwać 4% roztwór protargolu, nawet w kilka godzin po podejrzanem spółkowaniu, i 6—10 minut w cewce zatrzymywać. Powstały skutkiem zadrażnienia nieżyt cewki szybko bardzo ustępuje bez leczenia. (Arch. f. Derm. u. Syph. XLIV). *F. K.*

Na podstawie rozległego doświadczenia stwierdza Unna (Monats. f. pr. Derm. T. XXVI. I.), że błędem jest zalecać w rzeżączce wstrzykiwanie tylko podczas dnia, gdyż sprawa rzeżączkowa rano zwykle jest najwięcej nasiloną; dlatego każe wstrzykiwać 2 razy w nocy. W przypadkach świeżych zaleca wstrzykiwać co 2 godziny w ciągu dnia i nocy, następnie co 3, później co 4 godziny, wreszcie coraz rzadziej aż do jednego wstrzykiwania na dzień. Płynu do wstrzykiwań używa następującego: *Zinc. sulfocarbol. 1,0, Resorcini 4.0, Aqu. foeniculi 200.0.* *F. K.*

Huldschiner (Hamburg) zwraca uwagę (Berl. klin. Woch. 1898) na znaczenie mięsienia w chorobach narządu moczopłciowego u mężczyzn, twierdząc, że podnosi ono siłę mięśniową, obniża pobudliwość, usuwa nacieki zapalne i przekrwienia żylne. Dlatego mięsienie oddaje tak dobre usługi w osłabieniu i podrażnieniu pęcherza, powstałem skutkiem zapaleń przewlekłych, zwężenia cewki moczowej i t. p. Podobnie użyć go można w sprawach czysto nerwowych, uchyłkach pęcherza i *enuresis nocturna*. Wybitne wskazania stanowią nacieki, n. p. okołocewkowe, zapalenia przewlekłe gruczołu krokowego. W końcu sądzi, że wyniki mięsienia, otrzymane w niemocy spółkowania i zapładniania, gdy ta jest następstwem zapalenia wzgórka nasien. i pęcherzyków nasiennych, lub grucz. krokowego, są nader zachęcające. *F. K.*

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W czerwcu.

IX.

W towarzystwie chirurgicznem odzywały się jeszcze ostatnie echa rozprawy o psychozach pooperacyjnych. Nie powiedziano jednak w tej sprawie wiele nowego. Tuffier, Poirier, Gérard-Marchant, Berger i inni przytaczali po kilka własnych odnośnych przypadków, stwierdzając w ślad za dawniejszymi mowcami, że między zabiegiem a wybuchem przypadów umysłowych nie ma bezpośredniego i ścisłego związku. Praktyczne znaczenie mogłyby mieć uwagi, które uczynił Bouilly, odstępujący od zamierzonych operacyj, ilekroć chorzy okazują chorobliwą i przesadną obawę zabiegu, oraz Berger, nie ufający chorym, zbyt natarczywie domagającym się operacyi, co ma być według niego wskazówka już nieprawidłowego stanu psychicznego. Z liczniejszą statystyką wystąpił Le Dentu, który zebrał 68 przypadków własnych i obcych; ponieważ 30 razy zaburzenia umysłowe wystąpiły po innych najrozmaitszych zabiegach, a aż 38 razy po zabiegach ginekologicznych, przeto Le Dentu nie śmie zaprzeczać związku tych ostatnich z psychozami, jakkolwiek związek ten jest zapewne dość daleki. Ollier zwracał uwagę na psychozy występujące bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym, obecnie rzadsze, niż dawniej, może z powodu usypiania, które oszczędza chorym przykrego widoku przygotowań do zabiegu. Z całości rozpraw nad tą sprawą wybijałoby się na pierwszy plan ostatecznie przekonanie, że przyczyny zboczeń umysłowych po operacyach chirurgicznych nie należy w ogóle szukać w samym zabiegu; pominąwszy przypadki, w któ-

rych operowani byli już poprzednio wyraźnie umysłowo chorzy, lub silnie do chorób umysłowych usposobieni, znaczna część spostrzeżeń zdaje się odnosić do zatrucia środkami usypiającymi (chloroform) lub opatrunkowymi, do powikłań zakaźnych, do moczniey, niekiedy do nagłej i niespodziewanej zmiany w życiu mało inteligentnych chorych (zdjęcie zaćmy u niewykształconych wieśniaków), a w bardzo tylko skąpej liczbie przypadków przyczyna zaburzeń umysłowych pozostaje niewyjaśnioną.

Na podobnem pograniczu dwóch działów nauki, jak wspomniane co dopiero rozprawy, stoi spostrzeżenie Danilewskiego (z Charkowa), przesłane Towarzystwu biologicznemu. D. utrzymuje, że zwyczajna trepanacya w sąsiedztwie okolic ruchowych kory mózgowej wywołuje sama przez się zboczenia czynnościowe i zaburzenia odżywcze w mięśniach i kościach kończyn, odpowiadających zwojom, obok których operowano.

Potrąciwszy przed chwilą mimochodem o psychiatryą, wypada zapisać jeszcze sprawozdanie Balleta (Ac. d. M.) o zmianach w korze mózgowej, jakie znalazł w drugim z kolei przypadku „psychose polynevritique“ na tle zatrucia wyskokowego; nie różniły się one od zmian znalezionych w pierwszym przypadku, o których w jednym z poprzednich listów wspominałem. Te zmiany komórek kory mózgowej uważa Ballet za wtórne i porównuje je ze zmianami, wywołanemi przez doświadczalne wyrywanie nerwów. Właśnie w tych czasach uzupełnił Marinesco (Soc. méd. d. Hôp.) swoje doświadczenia z wyrywaniem nerwów, zwróciwszy się z kolei do nerwów rdzeniowych. W dziesięć dni po wyrwaniu nerwu kulszowego zauważył on w rogach przednich tej samej strony zniknięcie ziarnistości chromatofilnych z komórek i wypustek protoplasmatycznych, zmiany w kształcie i pomniejszanie się jąder komórkowych, zblednięcie i powstawanie pęcherzyków w jąderkach, a nawet zupełną ich zatratę. Badania swe przeprowadzili B. i M. zapomocą wszechwładnej dzisiaj metody Nissla. Przy sposobności należy wspomnieć o odmianie tej metody barwienia, jaką podaje Gothard (S. d. Biol.); używa on mianowicie do odbarwiania mięszaniny następującej: Ol. Cajeputi 40.0, Xyloli 50.0, Creosoti 50.0, Alcoh. absol. 160.0 i twierdzi, że zapomocą tego płynu otrzymuje się wyniki daleko lepsze.

Philippe i Decroly pragnąc rozstrzygnąć wątpliwości co do udziału zmian kory mózgowej w symptomatologii wiądu rdzenia pacierzowego, badali drobnowidowo w 3 odnośnych przypadkach zachowanie się włókien myelinowych w korze zapomocą sposobu Weigert-Pala z odmianą Kulczyckiego. Z badań tych wnoszą, że włókna te w zwyczajnym przebiegu wiądu nie ulegają żadnym zmianom, że zatem nie grają żadnej roli ani w symptomatologii choroby, ani w sklerozie tylnych sznurów rdzenia; stanowi to znamienne przeciwieństwo z porażeniem ogólnem postępującem, w którem włókna tangencyalne znikają prawie zupełnie. (Soc. d. B.).

Sellier i Verger niszcząc u psa wzgórek wzrokowy zapomocą elektrolizy spostrzegali zaburzenia wzrokowe, zaburzenia dotykowe i zmysłu mięśniowego bez porażeń i zmian w czuciu bólu, wszystkie te objawy były jednak przejściowe. Po zniszczeniu „nucleus caudatus“ powstawały porażenia i zmiany czuciowe podobne do tych, jakie wywołuje zniszczenie „gyrus sigmoideus“ (S. B.).

Należałoby tu może wspomnieć o doświadczeniach Thomasa i innych (Soc. de Biol.) dowodzących znaczenia nerwu słuchowego w zmyśle równowagi; ponieważ jednak „Przegląd“ podawał w tym kierunku niedawno dłuższe i dokładniejsze sprawozdanie, przeto sprawę tę pozwolę sobie pominąć.

Z kolei słów kilka o klinicznej stronie chorób układu nerwowego. Jacquet przedstawiał w Soc. med. d. Hôp. chorego, u którego jodek potasu wywołał przed 4 laty 6tygodniowe porażenie nerwu twarzowego lewego; w dwa lata potem ten sam środek był przyczyną bólów międzyżebrowych i niedowładu kończyn dolnych, obecnie zaś powstała z tych samych powodów „zona ophtalmica“ i bóle w zakresie nerwu twarzowego prawego, jednak bez śladu porażenia lub niedowładu. Na następnem zaś posiedzeniu przedstawił Jacquet wspólnie z Napieralskim przypadek długotrwającego zapalenia nerwów kulszowego i udowego prawego, wskutek czego cała kończyna dolna zatrzymała się w rozwoju, podobnie, jak to się dzieje w przypadkach „paralysis infantilis“; obok tego powstała wyrośl kostna na kości piętowej, prawdopodobnie także pod wpływem owego zapalenia nerwów. Na temże posiedzeniu przedstawiali Roques i Marie chorą, u której istnieje zbiór objawów opuszkowych Erba: opadnięcie górnej lewej powieki, wymowa nosowa, zaburzenia w połykaniu; odruchy ścięgniste na kończynach są nieco wzmożone, mięśnie kończyn osłabione i niezdolne do czynności po kilkakrotnych wysiłkach.

Stwierdzono już dawniej, że u osobników prawidłowych, obracanych na kole, występują wskutek podrażnienia zmysłu równowagi pewne „kompensacyjne“ ruchy gałek ocznych. U głuchoniemych zjawisko to w tych warunkach nie występuje, z czego wnoszono miedzy innemi, że zmysł równowagi stoi w związku z błędnikiem ucha. Egger wykonał podobne doświadczenie w przypadku wiądu rdzenia z zajęciem opuszki i spostrzegł, że w tym przypadku również gałki oczne pozostały nieporuszone. Objaw ten radby E. nazwać: „ophtalmoplégie labyrintique“ (S. B.).

W porażeniach połowiczych pochodzenia mózgowego zauważono, że nasilenie ruchów oddechowych po stronie porażonej zmniejsza się. Wbrew temu zauważył Egger w 2 przypadkach porażenia połowiczego zwiększenie amplitudy ruchów klatki piersiowej po stronie chorej. (S. B). Szukając wytłomaczenia tego paradoksalnego objawu sądzi E., że jest on wywołany przez podrażnienie włókien nerwowych, dążących ku ośrodkom oddechowym, przez ognisko chorobowe w mózgu. Przy tej sposobności przypomniał Dupuy, że już Brown-Séquard zauważył podobny objaw u zwierząt po przecięciu połowy rdzenia pacierzowego.

Rénon i Follet przedstawiali w Soc. méd de Hôp. 77-letniego starca, u którego dwa ostatnie palce ręki prawej są zimne, skóra ich zabarwiona sinofioletowo; bolesność tych palców pojawiła się dopiero po sześciu tygodniach cierpienia. Natomiast czwarty palec ręki lewej jest obrzękły, zaczerwieniony i od początku cierpienia bolesny. R. i F. sądzą, że w tym przypadku nie można rozpoznawać zgorzeli starczej, ponieważ tętnice zdają się nie być dotknięte miażdżycą; raczej należy myśleć o chorobie Raynauda.

Babiński wykładał w Towarzystwie biologicznem o „objawie paluchowym“, wykrytym przez siebie; praca Babińskiego o tym przedmiocie ukaże się wkrótce w „Przeglądzie“, dlatego tutaj ograniczam się tylko do wzmianki [1]). W temże towarzystwie zdał sprawę Levi z dwóch przypadków neurastenii u kobiet z niezwykłymi objawami naczynioruchowymi. U jednej z chorych pojawiały się niekiedy wybroczyny w skórze kończyn dolnych; u drugiej wystąpiły pęcherze na ręce prawej w pierwszym dniu miesiączki. Jak twierdzi L., żadna z tych chorych nie była histeryczką, u żadnej też nie istniały organiczne zmiany układu nerwowego, w szczególności nie było zapalenia nerwów obwodowych. Na tem samem posiedzeniu mówił Egger o chorej, dotkniętej jednostronną syringomyelią, u której stwierdził porażenie struny głosowej, mięśni klatki piersiowej i przepony po stronie lewej. Ponieważ gliomatoza zajmowała już jądra piątej i dziewiątej pary nerwów mózgowych po stronie lewej, przypuszcza więc E., że porażenia te nie pochodzą z naruszenia dróg nerwowych, lecz że są skutkiem zajęcia samego ośrodka oddechania, za czem przemawiałyby także pewne zaburzenia w oddechaniu, dostrzegalne po stronie prawej.

---

[1]) Praca drukowaną była w Nr. 27 i 28 »Przeglądu« z r. b.

Déjerine powracając w swych wykładach kilkakrotnie do choroby Littlea, starał się udowodnić istnienie odrębnego typu tego cierpienia, mianowicie postaci rdzeniowej pierwotnej. Jakkolwiek drogi piramidalne są zawsze zajęte, to siedziba i rodzaj zmiany pierwotnej różną jest w różnych przypadkach i stąd uważa Déjerine chorobę Littlea raczej za zbiór pewnych objawów („syndrome"), niż za swoistą jednostkę kliniczno-anatomiczną. Objawy choroby Littlea mogą być wywołane bądź przez niedokształt, bądź przez wczesny zanik lub zwyrodnienie dróg piramidalnych, zależne ze swej strony bądź od zaburzeń odżywczych kory mózgowej w okolicach Rolandowych, które z czasem mogą się poczęści wyrównać, bądź od urazowych krwotoków korowych (poród kleszczowy), zmian zakaźnych, ognisk rozmiękczynowych, ogniskowych stwardnień itp. Zmiany mogą być jednostronne z lepszem i obustronne z gorszem rokowaniem, gdyż w tym ostatnim przypadku nie można spodziewać się zastępczej czynności strony drugiej; obraz kliniczny zależy od rozległości zmian, a klasycznym przypadkom z rozległemi porażeniami i zanikami odpowiadają bardzo znaczne zmiany korowe, przyczem drogi piramidalne wogóle się nie rozwijają. Zdaniem Déjerina nie istnieje choroba Littlea bez zmian anatomicznych; w przypadkach, opisanych przez Cestana i Philippe'a, dlatego nie stwierdzono zmian dróg piramidalnych, ponieważ drogi te wogóle się nie rozwinęły lub bardzo wcześnie zanikły. Badanie anatomiczne wykrywa w przypadkach choroby Littla stwardnienie sznurów bocznych rdzenia, zazwyczaj ze zmianami w mózgu; zmiany rdzenia uważano dotąd zawsze za następowe, nawet wówczas, gdy nie zdołano odszukać pierwotnego ogniska w mózgu. Jako przykład pierwotnie rdzeniowej postaci choroby przytacza D. następujący przypadek: Mężczyzna 50-letni, dotknięty od urodzenia porażeniem wszystkich kończyn, wybitniejszem w kończynach dolnych, bez zaburzeń zwieraczy i czucia, który nauczył się chodzić dopiero w 10 roku życia a umysłowo słabo był rozwinięty, umiera z rozpoznaniem choroby Littlea powstałej wskutek rozległych wad rozwojowych kory mózgowej. Badanie pośmiertne wykrywa wbrew oczekiwaniu, że w mózgu, moście Varola i opuszce rdzenia najmniejszych zmian niema i że istnieje zwyrodnienie sznurów bocznych rdzenia, silniejsze po stronie prawej. Dopiero przeszukawszy ogromną seryę skrawków z całego rdzenia, znaleziono dwa pierwotne ogniska, w sznurach bocznych przy nasadzie tylnych rogów między 2 a 3 kręgiem szyjnym, pochodzenia prawdopodobnie zakaźnego. Dla odróżnienia swojej pierwotnej rdzeniowej postaci choroby Littlea nie umie podać D. żadnych znamiennych cech klinicznych; ze względu na rokowanie nie byłoby obojętnem cechy takie wynaleść.

Dr. Ciechanowski.

ŚMIERĆ CESARZOWEJ ELŻBIETY.

Przerażająca wieść o strasznej zbrodni, spełnionej na osobie Monarchini austryackiej, wywarła wstrząsające wrażenie w całym świecie.

Dzieląc ze stanowiska obywatelskiego i wszechludzkiego bolesny cios, który spadł na koronowaną głowę Cesarza Franciszka Józefa i okrył żałobą ludy Austryi, nie potrafimy ukryć w sobie tego głębokiego żalu, który dziś przepełnia współczujące i wdzięczne serca nasze.

Śmierć jest krańcowym objawem życia i tak jak życie powinna być dziełem i skutkiem tylko tych rządzących światem praw, które wszechżycie do bytu powołały; śmierć zaś zadana na innej drodze, czy to ręką własną, czy wogóle ręką ludzką, będzie zawsze gwałtem, przemocą i zbrodnią, z którą nigdy nie pogodzi się sumienie ludzkie. Jakby na urągowisko tej wrodzonej etyce ludzkiej morderca Cesarzowej Elżbiety zatopił żelazo w serce tak ciche, tak oderwane od spraw i zabiegów codziennego życia, że bezprzykładna ta zbrodnia, o ile oburza, o tyle zdumiewa i mimowoli nasuwa myśl fanatyzmu, posuniętego do szaleństwa i opętania. Już od lat wielu, złamana szeregiem nieubłaganych ciosów, poświęciła Monarchini Austryi swój żywot wyłącznie dziełom dobroczynnym, ocierając łzę sierocie, dając opiekę choremu, przytułek sędziwemu i t. d. Żyjąc, jak miecznik po śmierci Maryi „więcej z Bogiem, mniej z ludźmi", obok dobrych uczynków, dusza Jej podziwiała dzieło Boże w cudach natury, w artystycznych wytworach geniuszów, w natchnieniu poetów. I taka istota, tak luźnie już z tym światem związana, pojąca się smutkiem Niobe, pada ofiarą bezgranicznej zwierzęcej zawiści! Ten kontrast między czystem, nieziemskiem życiem Cesarzowej Elżbiety, a motywami zbrodni, które tak cynicznie wypowiedział morderca, podnosi i uwydatnia tragiczność spełnionego w Genewie ohydnego czynu.

Oczy ludów Austryi zwracają się na ukochanego Monarchę, którego nieszczęścia wzruszyły do głębi obywateli tego państwa. Niedole ludzkie, które nakreśliła wyobraźnia Sofoklesa i Schakespeara, nie są jaskrawsze od gromów, spadających od szeregu lat na sędziwą głowę Franciszka Józefa. Dziś ten człowiek wielkiego serca, pan chrześciański, ojciec narodu, jak drugi Marek Aureliusz, nie ma z kim łez podzielić. O gdybyż to współczucie, które na wieść żałobną tak silnie, tak harmonijnie, zatętniało w sercach milionów, choć w części ukoiło ból Jego; gdyby błogosławieństwa, słane na Jego dostojną głowę, wybłagały dlań trwałe chwile pokoju! Wśród ludów Austryi jest naród, któremu los również nie szczędzi ciosów, który również łzami i krwią znaczy krzyżową drogę życia i również nie ma dziś nikogo w rodzinie narodów, z którymby swe bóle podzielił: odczuwa on cierpienia Cesarza Franciszka Józefa nie tylko miarą własnych cierni i bolów, lecz w sercu jego tkwi świadome i głębokie uczucie wdzięczności za wymierzoną mu sprawiedliwość, za opatrznościową tarczę, którą Franciszek Józef zasłonił bezbronną pierś polską. W przekonaniu, że jesteśmy szczerym wyrazem uczuć lekarzy polskich, łączymy głos nasz do harmonijnego chóru naszego społeczeństwa: niech Bóg da siłę i moc ducha ciężko doświadczanemu Monarsze, niech Mu użyczy pokoju na resztę sprawiedliwego Jego żywota.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 15 Września.

* Dzienniki donoszą, że ministerstwo oświaty zarządziło, ażeby z dniem 1-go stycznia 1899 r. równouprawnienie dyplomów lekarskich w obu częściach monarchii rakuzkiej zostało zniesione: austryaccy lekarze, chcący wykonywać praktykę zawodową na Węgrzech, będą musieli nostryfikować swoje dyplomy w jednej z wszechnic węgierskich i *vice versa*.

Niedawne to są czasy, w których dyplom, uzyskany w Insbruku, Pradze lub Gracu, nie dawał prawa do praktyki w Wiedniu; z biegiem czasu nietylko zniesiono tę śmieszną wyłączność, ale na licznych Zjazdach lekarskich uchwalono rezolucye, domagające się od rządów, aby dyplomy lekarskie zostały równouprawnione w tych wszystkich państwach, których program nauk gimnazyalnych i lekarskich stoi na tej samej stopie. W odpowiedzi na to słuszne żądanie najwięcej tu zainteresowanych kół lekarskich rząd cofa się na dawną drogę, bez żadnych znanych powodów. Przypuszczać należy, że jest to jeden z dalszych kroków, zmierzających do oddzielenia się Węgier od Austryi na każdem polu; lecz ze stanowiska wszechludzkiego postępu jest to krok wstecz, który może zadowolni ambicyę Węgrów, lecz chwały i wdzięczności nie przyniesie.

* Po trzyletnich usiłowaniach dobił się wreszcie prof. Behring patentu w Waszyngtonie dla swej surowicy przeciwbłoniczej. Prasa amerykańska i angielska dosadnemi słowami piętnuje to wprowadzenie niebywałych motywów sobkostwa i sklepikarstwa do pracowni uczonego. „Paediatrics“ pisze, że Behring zawdzięcza swój wynalazek geniuszowi Pasteura. Francuzka Akademia nauk nagrodziła, za zastosowanie surowiczego leczenia błonicy, nietylko Behringa, lecz i Rouxa. Nie ujmując jednak nic z istotnych zasług w tej sprawie Behringowi, „Paediatrics“ ciska mu w oczy odstępstwo od zasad kodeksu zawodowej etyki, które na zawsze splamiło zkądinąd zasłużone dostojeństwo tego męża uczonego. „Medical Age“ powiada, że dążność Behringa, do przyswojenia wyłącznie sobie wynalazku antytoksyny, świadczy nie tylko o jego merkantylnym duchu, lecz zdradza nielojalną chęć wyzyskania cudzych zasług na rzecz osobistych korzyści, co już wyraźnie przemawia za przewrotnością moralną. „The Lancet“ chciałby widzieć w tej walce o patent osobę fabrykanta, a nie Behringa; jeśli jednak rola tego ostatniego w tej sprawie nie była bierną, to boleć należy, że Behring przyłożył rękę do dzieła poniżającego, bezprzykładnego w dziejach naukowych medycyny. —

Już przed dwoma laty krążyły wieści, że ze strony Behringa próbowano kusić Rouxa, ażeby przystąpił do monopolu wyrobu „surowicy przeciwbłoniczej“, przyczem zaproponowano niezmiernie wysoką cenę tego środka leczniczego. Roux, kierując się nieprzedawnionemi zasadami godności naukowej, z szlachetną dumą odtrącił pokusę.

Zdrożny pomysł R. Kocha, który pierwszy miał nieszczęsną myśl zawarcia umowy z fabrykantem, pociągnął na tę samą drogę Behringa; ten ostatni poszedł jednak o krok dalej, gdyż wkroczył w zasłużone prawa innych, przypisując wyłącznie sobie chwałę wykrycia i zastosowania surowicy przeciwbłoniczej. Jenner, Pasteur, Lister, uszczęśliwiając ludzkość, nie myśleli o własnych korzyściach, to też czyste ich imię przekażą współcześni dalszym pokoleniom. Niemcy, początkując dziś odmienną etykę, nie powinni zapominać, że pojęcie wielkości człowieka wymaga, obok rozumu, godności, sumienia i nieskalanych sobkostwem rąk.

* Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie wyszło II-gie wydanie Podręcznika chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, napisanego przez prof. Dra W. Jaworskiego. Donosząc na razie w krótkiej wzmiance o pojawieniu się tego dzieła, które już w I-szem wydaniu zaliczono do najlepszych książek, które w ostatnich latach wyszły w polskim języku, zaznaczamy zarazem, że członkowie i prenumeratorowie otrzymają je bezpłatnie, jako premium za r. 1897.

* Dowiadujemy się, że prof. Laskowski z Genewy, tak zawsze chętny, gdy idzie o sprawę ogólną, przyjął godność członka komitetu polskiego na XIII. międzynarodowy Zjazd lekarski.

* Dr. Alfred Bass przygotowuje pracę o wpływie ustawy Kas chorych na położenie ekonomiczne lekarzy. Nie mogąc dostać potrzebnych dat statystycznych w drodze urzędowej, rozesłał on kwestyonaryusz, obejmujący 8 pytań. Ze względu na rozmiary, nie możemy przytoczyć w całości tego wezwania; sądzimy jednak, że z powodu ogólno-zawodowego charakteru zamierzonej pracy, należy się Dr. Bassowi dać wszelkie poparcie. Zatem ci lekarze, którzy mogą przyczynić się do wyjaśnienia tak ważnej sprawy i życzyliby posiadać wspomniany kwestyonaryusz, powinni o niego się upomnieć u autora (Czechy, Mariaschein). Dr. Bass wreszcie zapewnia, że nazwiska tych, którzy zadość uczynią jego wezwaniu, pozostaną w tajemnicy.

Sprostowanie. W artykule moim, ogłoszonym w "Przeglądzie lekarskim" Nr. 35 i 36 p. t. „Przypadek wągra w ciałku szklanem“, zaszła omyłka, a mianowicie na str. 432 wiersz 13-ty z dołu ma być: chora zauważyła, że na prawe oko nie widzi.

Przy tej sposobności pozwalam sobie uzupełnić najbardziej nas obchodzącą literaturę polską: prócz przypadków, zestawionych w artykule powyższym, Prof. Wicherkiewicz miał sposobność widzieć w Poznaniu dwa przypadki wągra w oku i to jeden pod siatkówką u młodego izraelity, drugi zaś dotyczył kobiety, u której Prof. Wicherkiewicz znalazł wągra w ciałku szklanem, i wydobył go cięciem południkowem. Bliższe szczegóły w obu przypadkach podane były w rocznych sprawozdaniach z Poznania. Prócz tego usunął Prof. Wicherkiewicz wągra umiejscowionego pod spojówką na klinice w Krakowie.

Tak więc liczba przypadków, ogłoszonych w literaturze polskiej, zwiększa się z 17-tu na 20. *Dr. Teodor Bałłaban.*

Mianowania i odznaczenia Tytularny prof. nadzwyczajny Doc. Dr. Mosetig v. Moorhof mianowany został rzeczywistym nadzwyczajnym profesorem chirurgii w Uniw. wiedeńskim. Prof. nadzw. położnictwa i ginekologii w niemieckiej wszechnicy w Pradze, dr. A. Rosthorn, mianowany został prof. zwyczajnym w Gradcu. Doc. dr. K. Baas mianowany został prof. nadzw. okulistyki w Heidelbergu. Doc. dr. Schwarz — prof. nadzw. okulistyki w Lipsku.

Nekrologia. Dr. Władysław Nowakowski zmarł w Suchanowie, gub. moskiewskiej, w 68 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* (Nr. 37): Dra Pechkranza S.: Białkomocz, oraz ostre rozlane zapalenie nerek, w niektórych cierpieniach skóry. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 37): Dr. Hanickiego W.: Samoistna sedymentacya krwi, jako metoda badania klinicznego. Dra Zaleskiego K.: Kilka słów o zapaleniu płuc włóknikowem. W Przeglądzie Chirurgicznym (Tom IV, zeszyt I): Dr. Sawickiego B: Roman Jasiński (życiorys). Doc. Dr. Ciechanowskiego St.: Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza i powiększeniem gruczołu krokowego u starców. Dr. Kadera: Krzywa szyja pochodzenia mięśniowego (dok.). Dr. Guranowskiego: Przypadek podwójnego przewodu słuchowego. *W Nowinach lekarskich* Nr. 9 i 10: Dra Piska: Badania wstępne nad przyczynami promieniania bólów sercowych ku lewej kończynie górnej. Dra Krokiewicza: Dwa przypadki tężca urazowego (Tetanus traumaticus), z których jeden leczony wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej, a drugi antitoksyną. Dra Jerzykowskiego: O zapaleniu ropnem opon mózgowych u ssawców. Dra Holtzera: Przypadek porażenia Landryego.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Robiński Seweryn: Operiren oder Nichtoperiren bei Krebserkrankungen und andere zeitgemässe in besondere therapeutische Fragen. Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss, Behandlung und Heilung der Krebserkrankungen. Berlin, 1898.

— Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1895.

— Prof. Dr. Jaworski Walery: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej. Kraków, 1868. Nakład wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

Dr. Krokiewicz A.: Zwei Fälle von Tetanus traumaticus, von denen einer mit Gehirnemulsion, der andere mit Tetanus-antitoxininjectionen behandelt wurde (odbitka) Wiedeń, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla prenumeratorów w monarchii austryackiej zamieszkałych Nr. 3 czasopisma **„Humus“.**